Washington State Department of Social & Health Services

WASHINGTON STATE COMBINED APPLICATION PROGRAM (WASHCAP)

Заявление
Application

Программа WASHCAP является программой продуктовой помощи для лиц, которые:

- Получают помощь по программе дополнительного социального дохода (SSI).
- Соответствуют критериям социального определения обеспечения жильем типа «A»
- Не младше восемнадцати лет.
- Не имеют трудового дохода.
- Обеспечены жильем в соответствии с приведенными ниже критериями:
  - Не проживают в специализированном учреждении;
  - Живут одни или с кем-либо, кто покупает продукты питания и готовит пищу отдельно;
  - Не женаты/замужем, или женаты/замужем, но проживают отдельно от супруги/супруга.
- Лица в возрасте от 18 до 21 года должны удовлетворять следующим критериям:
  - Не проживают с родителем(-ями), получающими помощь по программе основной продовольственной помощи (Basic Food); или
  - Проживают с родителем(-ями), которые не получают помощь по программе основной продовольственной помощи (Basic Food) и покупают продукты питания отдельно.
- Живут отдельно от детей в возрасте до 22 лет.

Данная программа является программой продуктовой помощи, которой может воспользоваться практически любое лицо, удовлетворяющее указанным выше критериям. Дополнительная информация в отношении данной программы приведена в разделе Административного кодекса штата Вашингтон 388-492 WAC, в частности в подразделах с 388-492-0020 по 388-492-0120.

В случае возникновения вопросов в отношении программы WASHCAP, позвоните по бесплатному номеру телефона 1 (877) 380-5784.

Я заявляю о следующем:

- Я живу один (одна), либо обычно покупаю и готовлю пищу отдельно от других людей, проживающих в моем доме или квартире.
  Я плачу _____ долларов в качестве месячной арендной платы / ипотечного взноса.
  МОЯ ДОЛЯ

Подписывая настоящий документ, я заявляю о следующем:

- Мне было сообщено о программе WASHCAP.
- Я понимаю, в чем состоят права и обязанности участника программы WASHCAP.
- Я понимаю, что буду получать льготы/талоны на питание в рамках программы WASHCAP.

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что сведения, предоставленные мною в настоящем заявлении, являются правдивым и точным.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
АДРЕС	ТЕЛЕФОН (XXX) XXX-XXXX) ТЕЛЕФОН ДЛЯ ТЕКСТОВЫХ СООБЩЕНИЙ (XXX) XXX-XXXX)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ УКАЗАННОГО	ПОДПИСЬ И ДАТА

Barcode label